

Agata Skop-Lewandowska  
Jagoda Jaworska

## Rozdział XIII

### ZDROWIE I JEGO UWARUNKOWANIA

*Szlachetne zdrowie,  
Nikt się nie dowie  
Jako smakujesz,  
Aż się zepsujesz...*

Jan Kochanowski

#### 1. POJĘCIE ZDROWIA

Pojęcie zdrowia kształtowało się przez stulecia. Pierwsza przyjęta przez ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia definicja powstała w 1948 roku i brzmi następująco:

**Zdrowie** to całkowity dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny człowieka, a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagania.

W tym ujęciu zdrowie oznacza pełną integrację ustroju, brak bólu, brak obniżonej sprawności, zdolność do prowadzenia twórczego, sensownego i satysfakcjonującego życia. A zatem jest to stan optymalnego funkcjonowania organizmu (zdrowie fizyczne i psychiczne oraz pomyślne usytuowanie jednostki w społeczności ludzkiej).

Definicja ta do dnia dzisiejszego jest definicją obowiązującą na świecie, chociaż postęp wiedzy z dziedziny nauk medycznych i biologicznych spowodował, że pojawiły się jej kolejne modyfikacje, niezmieniające jednak jej istotnego sensu.

W strategii Światowej Organizacji Zdrowia „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000” podkreślono, że **zdrowie** jest:

- wartością, dzięki której jednostka lub grupa może realizować swoje aspiracje i potrzebę osiągnięcia satysfakcji oraz zmieniać środowisko i radzić sobie w nim;
- zasobem (bogactwem) dla społeczeństwa, gwarantującym jego rozwój społeczny i ekonomiczny (tylko zdrowe społeczeństwo może tworzyć dobra materialne i kulturowe, rozwijać się, osiągać odpowiednią jakość życia);
- środkiem do lepszej jakości życia.

**Jakość życia** należy rozumieć jako sprawne funkcjonowanie do późnej starości, większą wydajność pracy, satysfakcję z życia.

W tym ujęciu zdrowie uznaje się nie za cel i nie za stan, ale za wartość, którą można zdobywać i doskonalić.

Pamiętać należy, że zdrowie nie jest stanem statycznym, dlatego we wszystkich okresach życia należy je:

- chronić, czyli zapobiegać chorobom (profilaktyka);
- doskonalić, pomnażać, zwiększać jego potencjał (promocja zdrowia);
- przywracać, gdy pojawi się choroba (leczenie i rehabilitacja).

## 2. CZYNNIKI WARUNKUJĄCE STAN ZDROWIA CZŁOWIEKA

Bazą analityczną uwarunkowań stanu zdrowia jednostki i społeczeństwa jest ekologiczny model zwany „mandalą zdrowia” w powiązaniu z koncepcją czterech pól zdrowia Lalonda. Obydwa modele zostały opracowane w Departamencie Zdrowia Publicznego w Toronto w Kanadzie.

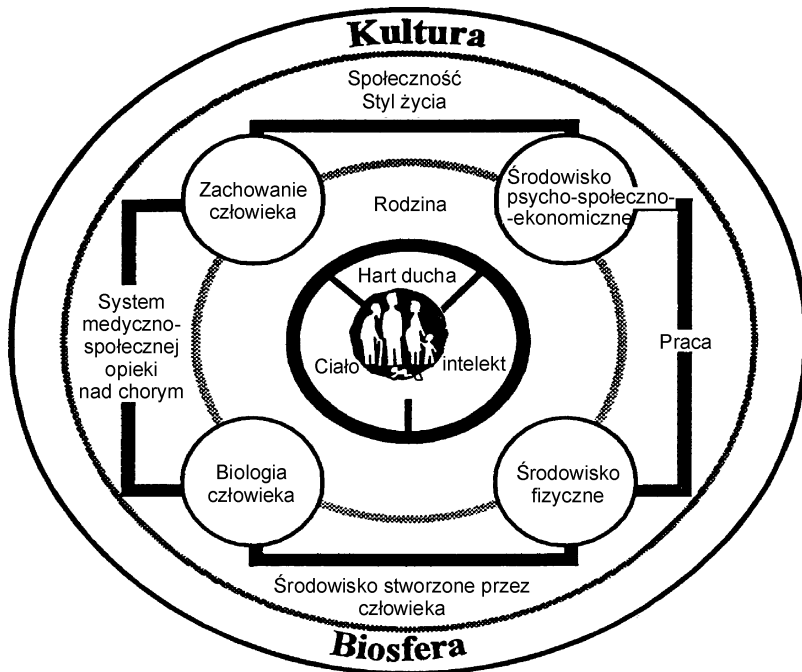
Model mandali zdrowia (ryc. 1) jest modelem ekosystemu człowieka integrującym uwarunkowania przyrodnicze ze społecznymi. Wyjaśnia on wielorakie zależności zachodzące pomiędzy kulturowym, społecznym i fizycznym środowiskiem życia a zdrowiem.

W modelu Lalonda (ryc. 2) innowacją natomiast było zwrócenie uwagi na styl życia i środowisko, jako istotne czynniki warunkujące stan zdrowia. Nie uwzględniono w nim natomiast relacji zachodzących między poszczególnymi polami, ani hierarchii, uznając je za jednakowo ważne.

W oparciu o powyższe modele oraz wyniki badań medycznych (prowadzonych przez kilkadziesiąt lat nad społecznością lokalną miejscowości Framingham w stanie Massachusetts oraz w mniejszych społecznościach innych krajów) dokonano uszeregowania **czynników warunkujących zdrowie jednostki i społeczeństwa**. Należą do nich:

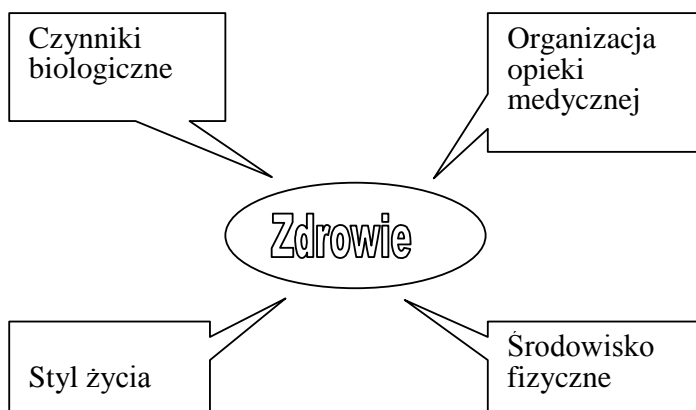
- styl życia (53% wszystkich wpływów): zwyczaje dietetyczne, palenie tytoniu, picie alkoholu, sposób prowadzenia pojazdów – w tym stosunek do używania pasów bezpieczeństwa, ogólna skłonność do podejmowania ryzyka;
- czynniki biologiczne (16%) – informacja genetyczna, predyspozycje wrodzone, cechy systemu immunologicznego, charakterystyki biochemiczne, fizjologiczne i anatomiczne człowieka oraz członków rodziny;
- czynniki środowiska (21%): fizycznego – warunki mieszkaniowe, cechy środowiska pracy, cechy bliższego i dalszego otoczenia człowieka (powietrze, woda, gleba) oraz psychospołecznego – pozycja społeczna, status ekonomiczny, umiejętność radzenia sobie ze stresem;
- służba zdrowia (10%) – zasoby i procedury działania instytucji powoływanych celowo do działań na rzecz zdrowia.

## MANDAŁA ZDROWIA MODEL EKOSYSTEMU CZŁOWIEKA



Ryc. 1. Model mandali zdrowia

Źródło: Hancock & Perkins, *City of Toronto*, Depts. of Public House.



Ryc. 2. Model „pól zdrowia” Lalonda

Źródło: *Zdrowie Publiczne*, T. II, red. A. Czupryna, S. Paśdzioch, S. Ryś, W.C. Włodarczyk (2001).

## 2.1. Styl życia jako najważniejsza determinanta stanu zdrowia człowieka

Styl życia jest obecnie postrzegany jako kluczowe pole, na którym rozstrzygają się aktualne i przyszłe problemy zdrowia współczesnych społeczeństw.

**Styl życia** według definicji ŚOZ (1989) jest to sposób bycia wynikający z wzajemnego oddziaływania człowieka i warunków, w jakich żyje oraz indywidualnych wzorców zachowania, które zostały określone przez czynniki społeczno-kulturowe i indywidualne cechy charakteru.

Głównymi elementami zdrowego stylu życia są:

- przestrzeganie zasad prawidłowego odżywiania;
- utrzymywanie wszechstronnej aktywności fizycznej;
- higieniczne relacje pracy i wypoczynku (w tym snu);
- rozwijanie umiejętności walki ze stresem;
- eliminowanie nałogów (nikotynizm, alkoholizm, narkomania, kofeinizm);
- nienadużywanie leków;
- życzliwość dla innych (wyzbycie się konfliktowości i agresji w stosunkach z ludźmi);
- zachowanie i demonstrowanie postawy radzenia sobie w życiu (optymizm życiowy).

Styl życia ma bardzo istotny związek ze zdrowiem, choć nie wszystkie poszczególne działania ludzi są zorientowane na zdrowie. Dla większości przypadków problemów zdrowotnych wystąpienie czynników ryzyka jest związane z decyzją jednostki. W związku z tym pojawia się problem nie tylko odpowiedzialności każdego za stan zdrowia, ale także problem zawnionego złego stanu zdrowia. Obecnie człowiek jest postrzegany jako „twórca własnego zdrowia”.

## 2.2. Społeczno-ekonomiczne uwarunkowania zdrowia

Dowody naukowe wskazują na znaczący wpływ czynników społeczno-ekonomicznych na zdrowie, zarówno bezpośrednio, jak i poprzez wpływ na zachowania zdrowotne. Decyzje dotyczące zachowań prozdrowotnych często są ograniczone przez warunki fizyczne, socjalne, ekonomiczne i kulturowe. Istnieje obecnie poważny dowód na to, że biedniejsze grupy społeczno-ekonomiczne są bardziej ekspozowane na ryzyko utraty zdrowia oraz że przyjmują one w większym stopniu szkodliwe dla zdrowia wzorce zachowań niż grupy bogatsze. Czynniki ryzyka takie jak: zła dieta, palenie tytoniu, picie alkoholu, zaniechanie karmienia piersią, brak aktywności fizycznej, otyłość, nadciśnienie tętnicze, nagromadzone są w większym stopniu w grupach o niższym statusie społeczno-ekonomicznym.

Główne czynniki determinujące status społeczno-ekonomiczny człowieka to:

- dochód,
- wykształcenie,
- zatrudnienie,
- miejsce zamieszkania.

### 2.3. Zaburzenia stanu zdrowia związane ze stylem życia i czynnikami społeczno-ekonomicznymi

W XX wieku nastąpiły największe zmiany w prewencji i leczeniu chorób. Choroby zakaźne (gruźlica, polio, ospa), które były najgroźniejsze na początku wieku, zostały zwalczone lub opanowane dzięki odpowiedniemu leczeniu i postępowi notowanemu w medycynie. Wyjątek dotyczy zakażeń HIV/AIDS, której epidemia ponownie zwróciła społeczną uwagę na problem chorób zakaźnych, albowiem w latach 70. pojawiły się nowe przyczyny zgonów, określane mianem chorób cywilizacyjnych.

Dane WHO wskazują, że dla populacji krajów gospodarczo rozwiniętych obecnie **najczęstszymi przyczynami zgonów są:**

- 1) choroby serca i układu krążenia (CHNS, miażdżyca, nadciśnienie tętnicze);
- 2) choroby nowotworowe (rak płuc, żołądka, odbytnicy, trzustki, sutka, szyjki macicy, gruczołu krokowego);
- 3) choroby dróg oddechowych (przewlekła obturacyjna choroba płuc, astma, zapalenie płuc);
- 4) wypadki, urazy i zatrucia (wypadki drogowe, przy pracy, sportowe i turystyczne, samobójstwa, poparzenia, upadki, utonięcia);
- 5) choroby układu pokarmowego (marskość wątroby).

Dla tych populacji przypisuje się ryzyko chorób, które jest determinowane w znacznym stopniu przez zachowania ludzi i ich styl życia oraz warunki społeczno-ekonomiczne, a więc czynniki „kontrolowane” i zależne od indywidualnych i zbiorowych decyzji. Dlatego często nazywa się je „chorobami z wyboru”. Zagadnienie to ilustruje tabela 1, w której przedstawiono korelacje zachodzące pomiędzy zachowaniami indywidualnymi a występowaniem pewnych kategorii chorób.

W środowiskach najuboższych i najmniej wykształconych obserwuje się wyższą umieralność niemowląt, wolniejsze tempo rozwoju fizycznego dzieci, większą umieralność pracowników fizycznych z powodu najpospolitszych chorób przewlekłych. Różnice statusu społecznego są widoczne również w odniesieniu do narażenia na urazy i zatrucia – od urazów komunikacyjnych, przez zatrucia zawodowe, po samobójstwa i zabójstwa.

Dane epidemiologiczne Polski wskazują również na alarmujący poziom zachorowalności i umieralności z powodu „chorób stylu życia” spowodowanych między innymi niewłaściwym sposobem odżywiania, używaniem alkoholu, paleniem tytoniu, stresem psychicznym, używaniem substancji psychoaktywnych, małą aktywnością fizyczną. Wśród przyczyn wszystkich zgonów 75% stanowią choroby układu krążenia, nowotwory i urazy.

Tabela 1

Korelacja pomiędzy zachowaniami indywidualnymi a występowaniem różnych kategorii chorób

Kategoria chorób	Styl życia/zachowania				
	Niewłaściwa dieta	Picie alkoholu	Palenie tytoniu	Brak ruchu	Stres psychiczny
Choroby układu krążenia					
Choroby serca	VV		VV	VV	VV
Wylew	VV	VV	V	VV	VV
Nadciśnienie	VV	VV	V	VV	VV
Nowotwory					
Dolny odcinek przewodu pokarmowego	VV				
Gardło			VV		
Jama ustna		V	VV		
Żołądek	V				
Choroby układu oddechowego			VV		
Marskość		VV			
Cukrzyca	VV	VV		VV	VV
Osteoporoza	VV	VV	V	VV	
Schorzenia związane z odżywianiem	VV	V		VV	
Choroba wrzodowa	VV	VV	VV		VV
Uszkodzenie płodu		VV	VV		

V – ryzyko zachorowania.

VV – wysokie ryzyko zachorowania.

Źródło: B. Bik, *Koncepcja promocji zdrowia* [w:] *Zdrowie publiczne*, pod red. A. Czupryna (2001).

Wobec zachodzących zmian w strukturze zachorowalności współczesnego społeczeństwa, tj. zmniejszenia się częstości występowania niektórych chorób infekcyjnych, a dominacji chorób cywilizacyjnych (w tym „chorób stylu życia”) koniecznym stał się **zwrot w polityce ochrony zdrowia, polegający na przesunięciu punktu ciężkości z leczenia na promocję zdrowia i prewencję.**

Stan zdrowia społeczeństwa zależy bowiem nie tylko od postępu w medycynie naprawczej, lecz w dużej mierze od poniższych uwarunkowań:

- jak poszczególni ludzie postrzegają wartość swojego zdrowia,
- jaki prowadzą styl życia,
- co robią, aby swoje zdrowie wzmacniać, zachować i chronić.

Uważa się również, że długość trwania życia oraz dobre samopoczucie (dobrostan) w następnych latach nie będzie rezultatem odkryć medycyny, lecz wynikiem zdrowego stylu życia. Każdy człowiek ma prawo do zdrowia i jego promowania.

Dlatego, aby zachować jak najdłużej zdrowie wszyscy członkowie społeczeństwa muszą być informowani w jednakowy sposób o uwarunkowaniach własnego zdrowia oraz możliwościach jego zabezpieczenia tak, aby decyzje o kontynuacji lub zmianie praktyk zdrowotnych sprzyjały podtrzymaniu zdrowia. Ważnym elementem działań

promocji zdrowia jest rozbudzanie indywidualnych potrzeb osób na takie informacje o zdrowiu, które umożliwiłyby im przejęcie odpowiedzialności za własne zdrowie. Do informacji tych należą pozytywne zachowania zdrowotne, którym przypisuje się dziś zasadniczą rolę w kształtowaniu zdrowia.

### 3. ZACHOWANIA RYZYKOWNE ZAGRAŻAJĄCE ZDROWIU

*Skorośmy słabi – pomagajmy sobie!*

*Nie mówmy temu, co upadł: Nie chcę cię znać*

Romain Rolland

**Zachowania zdrowotne** to jakiekolwiek zachowania (aktywności) jednostki będące elementem codziennego życia, a ponadto wpływające na stan jej zdrowia. Są to działania polegające na praktycznym stosowaniu posiadanej wiedzy na temat zdrowia i choroby. Stanowią przedmiot względnie wolnych, indywidualnych wyborów i decyzji.

Wyróżnia się zachowania zdrowotne:

- **prozdrowotne**, wykazujące pozytywny wpływ na zdrowie, mające na celu lub dające w efekcie podtrzymanie, umacnianie, przywracanie zdrowia i sprawności;
- **antyzdrowotne**, mające negatywny związek ze zdrowiem, wywołujące jego zagrożenie, chorobę lub utratę sprawności, utrudniające profilaktykę, wczesną diagnozę, opóźniające proces leczenia i rehabilitacji.

#### 3.1. Uzależnienia

##### Charakterystyka podstawowych pojęć

**Uzależnienie** – zaburzenie zdrowia objawiające się okresowym lub stałym przymusem przyjmowania pewnych substancji w oczekiwaniu na efekty jej działania lub dla uniknięcia przykrych objawów jej braku (alkoholizm, narkomania, lekomania, nikotynizm).

Wyróżnia się dwa rodzaje uzależnień:

**1. Uzależnienie fizyczne** – powstaje w wyniku włączenia się wprowadzonych do organizmu środków uzależniających lub ich metabolitów w procesy biologiczne ustroju – zarówno na poziomie komórkowym, jak i narządowym. Dochodzi do modyfikacji funkcji metabolicznych ustroju i zaburzenia procesów zapewniających utrzymanie homeostazy wewnątrzustrojowej. Nagłe odstawienie środka doprowadza do rozwoju zespołu abstynencji.

**Zespół abstynencji** obejmuje objawy ze strony centralnego systemu nerwowego i układu wegetatywnego: bezsenność, zaburzenia rytmu serca, duszność, zaburzenia oddychania, biegunka, wymioty, bóle brzucha, pocenie się, dreszcze, reakcje bólowe bez konkretnej etiologii, drgawki. Równocześnie dochodzi do dyskomfortu psychicznego i braku równowagi emocjonalnej. Stany lękowe, przygnębienie i płacz bez uzasadnienia mogą występować na przemian z napadami złości, furii i niczym nieuzasadnionej agresji.

Z uzależnieniem fizycznym wiąże się zjawisko tolerancji oraz tolerancji krzyżowej.

**Tolerancja** to zwiększenie odporności organizmu na dany środek, w wyniku czego dla uzyskania takich samych efektów działania zachodzi konieczność zastosowania coraz większych dawek tego środka.

**Zjawisko tolerancji krzyżowej** to stan, w którym tolerancja na jedną substancję powoduje wystąpienie tolerancji na inny związek o podobnej budowie chemicznej.

**2. Uzależnienie psychiczne** – chęć przyjmowania środka uzależniającego jest niemożliwa do przezwyciężenia (przymus). Powtarzające się z coraz większą częstotliwością czynności związane z przyjmowaniem środka uzależniającego nabierają charakteru rytuału. Przy próbie odstawienia środka, brak tych rytualnych czynności doprowadza do niekorzystnych doznań emocjonalnych. Rozwija się niepokój, rozdrażnienie, agresja, apatia i dyskomfort psychiczny.

**Zespół uzależnienia** (*dependence syndrome*) obejmuje zaburzenia behawioralne i poznawcze, jakie mogą się rozwinąć w wyniku powtarzającego się przyjmowania określonej substancji psychoaktywnej. Z reguły charakteryzuje się:

- przemożną chęcią przyjmowania tej substancji;
- upośledzeniem kontroli nad jej używaniem;
- uporczywym przyjmowaniem mimo szkodliwych skutków;
- przedkładaniem używania nad inne rodzaje aktywności oraz obowiązki;
- wzmożoną tolerancją;
- somatycznymi objawami **zespołu abstynencyjnego** przy zaprzestaniu używania.

Można postawić rozpoznanie zespołu uzależnienia, jeżeli stwierdzi się u danej osoby występowanie trzech lub więcej z sześciu wyszczególnionych wyżej objawów w okresie jednego miesiąca w ciągu ostatniego roku.

### Podział środków odurzających

Według X wersji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) do substancji psychoaktywnych, których używanie prowadzi do zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania zalicza się:

- alkohol, opiaty, kanabinoile;
- leki uspokajające i nasenne, kokainę, substancje stymulujące (np. amfetaminę, kofeinę);
- substancje halucynogenne;
- tytoń;
- lotne rozpuszczalniki.



Tabela 2

## Ogólny podział środków odurzających

Rodzaj działania	Grupa związków	Przedstawiciele
Psychoinhibitory (hamujące CSN)	analgetyki narkotyczne	opium, morfina, kodeina, heroina, dolargan, dromoran
	marihuana i haszysz	
	środki nasenne	barbiturany
	środki uspokajające (anksjolityki)	meprobamat, benzodwazepiny
	alkohol etylowy	
	lotne rozpuszczalniki organiczne	TRI, eter, butapren
Psychoaktywatory (pobudzające CSN)		kokaina, amfetamina, kofeina, nikotyna
Psychodysleptyki (wywołujące omamy i halucynacje)	pochodne kwasu lyzergowego	LSD
	wyciągi z grzybów halucynogennych	meskalina, psylocybina

## Etiologia uzależnień

Prowadzone w różnych krajach badania wskazują, że wspólną cechą ludzi uzależnionych jest ich niedojrzałość emocjonalna. Już od wczesnych lat gorzej radzą sobie ze stresem i frustracją. W pewnym momencie odkrywają, że alkohol, narkotyk, lek lub inna substancja chemiczna łagodzi stres, pozwala przezwyciężyć nieśmiałość lub daje inne korzyści emocjonalne.

Wśród przyczyn przyjmowania substancji psychoaktywnych najczęściej wymienia się:

- **uwarunkowania psychologiczne:** problemy osobowościowe oraz kryzys tożsamości (związany najczęściej z okresem dojrzewania), wpływ grupy rówieśniczej i potrzeba akceptacji przez grupę, podkreślanie swojej indywidualności i niezależności, nuda, wyraz buntu i sprzeciwu wobec rzeczywistości, ucieczka od problemów zewnętrznych (obowiązki szkolne) i wewnętrznych (stres emocjonalny), chęć zwrócenia na siebie uwagi i wytworzenia wokół siebie atmosfery niezwykłości;
- **uwarunkowania biologiczne:** możliwe jest dziedziczenie pewnych predyspozycji do uzależnienia – dziedziczeniu podlega biologiczne (biochemiczne) podłoże, na którym może rozwinąć się uzależnienie;
- **uwarunkowania społeczno-kulturowe:** nawyki wyniesione z domu i środowiska, które kształtowało styl życia człowieka: niestabilność rodziny, zanikanie więzów pomiędzy rodzicami a dziećmi, brak oparcia w rodzinie oraz brak akceptacji w gronie ludzi, którzy tworzą najbliższe otoczenie osoby przechodzącej kryzys wewnętrzny, często picie dla towarzystwa, z uprzejmości, z przyczyn ceremonialnych;
- **uwarunkowania ekonomiczne:** w przypadku trudności z zapewnieniem bytu materialnego na pożądanym przez danego osobnika poziomie, sięgnięcie po środek uzależniający jest ucieczką od trudnych, problemowych sytuacji (problemy materialne stają się odległe i nieistotne, a potrzeby materialne wydają się mieć zdecydowanie niższą rangę).

## NIKOTYNIZM

### **Zdrowotne następstwa palenia tytoniu:**

- nowotwory narządów mających bezpośredni kontakt z dymem tytoniowym: płuc, jamy ustnej, gardła, krtani, przełyku;
- nowotwory narządów odległych (związane jest to ze składem dymu tytoniowego, którego składniki są rozpuszczalne w płynach tkankowych i tą drogą docierają do innych narządów): trzustki, nerek, żołądka, pęcherza moczowego, wątroby, zatok nosowych, szyjki macicy, białaczki;
- choroby układu krążenia (palenie tytoniu nasila proces miażdżycowy): nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, zawał serca, choroby zakrzepowo-zatorowe naczyń obwodowych i mózgowych, choroba Bürgera (zakrzepowo-zarostowe zapalenie tętnic i żył);
- choroby nienowotworowe układu oddechowego: przewlekła obturacyjna choroba płuc, astma oskrzelowa, rozstrzenie oskrzeli, zapalenie płuc, infekcje górnych dróg oddechowych, gruźlica;
- nieżył żołądka, choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy;
- u mężczyzn: zmniejszenie produkcji plemników, u kobiet: zaburzenia owulacji i przyspieszenie wystąpienia menopauzy;
- wcześniejsze starzenie się skóry – zmarszczki;
- ziemista, wysuszona cera;
- łamliwość włosów i paznokci;
- ponadto: nieświeży oddech, pożółkłe palce, zmiana zabarwienia zębów, poszarzała skóra (tytoniowa twarz).

### **Palenie tytoniu a ciąża**

Ocenia się, że w Polsce pali około 30% kobiet ciężarnych na wsi i 33% w mieście. Tylko 2% palących przed ciążą rezygnuje z palenia w czasie ciąży.

Nikotyna i tlenek węgla zmniejszają przepływ krwi przez łożysko, powodując tym samym niedotlenienie i w efekcie zahamowanie rozwoju dziecka.

Palenie tytoniu w ciąży zagraża:

- poronieniem samoistnym;
- porodem przedwczesnym;
- urodzeniem martwego dziecka;
- wystąpieniem powikłań okołoporodowych związanych z opóźnionym rozwojem płuc;
- niską masą urodzeniową noworodka;
- występowaniem wad wrodzonych (serca, rozszczep podniebienia i warg).

Późniejsze następstwa u dzieci matek palących tytoń w ciąży:

zaburzenia rozwoju fizycznego (niski wzrost), emocjonalnego, intelektualnego (obniżenie ilorazu inteligencji o około 10 punktów).

W 1985 roku P. Nieburg, J.S. Mark, McLaren wprowadzili pojęcie *Fetal Tabacco Syndrom* (Zespół obciążonego dymem tytoniowym płodu) jako diagnostyczne określenie IUGR – *Intrauterine Growth Retardation* – związanego z paleniem papierosów

przez matkę w czasie ciąży. Terminem tym należy, według autorów, określać noworodki kobiet palących papierosy w ciąży, gdy spełnione są cztery warunki:

- 1) ciężarna paliła 5 lub więcej papierosów dziennie w czasie ciąży;
- 2) ciężarna nie miała nadciśnienia podczas ciąży, nie było objawów gestozy i istnieje co najmniej jedno udokumentowane prawidłowe ciśnienie w ciąży po zakończeniu trymestru;
- 3) noworodek wykazywał w terminie porodu (ukończony 37. tydzień ciąży) symetryczny IUGR, definiowany jako:
  - masa urodzeniowa poniżej 2500 g,
  - tzw. *Ponderal Index* (wskaźnik rozwoju płodu – masa w g/długość w cm), większy niż 2,32;
- 4) brak innych oczywistych przyczyn IUGR (np. wrodzone infekcje, wady).

### Szkodliwość biernego palenia tytoniu

Na bierne palenie narażeni są:

- dorośli niepalący, żyjący i przebywający w otoczeniu palaczy w środowisku domowym, w miejscu pracy, w miejscach publicznych;
- dzieci i młodzież, zdani na kontakt z palącymi rodzicami i rówieśnikami;
- dzieci nienarodzone w całym okresie życia płodowego w organizmie matki palącej czynnie lub biernie.

Mimowolne wdychanie dymu tytoniowego wydychanego przez palaczy i powstającego w przerwach między zaciągnięciem w wyniku tlenia się papierosa zwiększa ryzyko zachorowalności na: choroby układu oddechowego (w tym raka płuc) i choroby układu krążenia (w tym choroba niedokrwienna serca).

Dzieci „zmuszane” do wdychania dymu tytoniowego częściej zapadają na: choroby infekcyjne układu oddechowego (zapalenie oskrzeli, płuc), zapalenie ucha środkowego, astmę oskrzelową.

## ALKOHOLIZM

### Zdrowotne następstwa picia alkoholu:

#### Układ nerwowy:

- polineuropatia (zapalenie wielonerwowe naczyń obwodowych) – zaburzenia czucia w odśiebnych częściach kończyn, nerwobóle, bóle mięśniowe; w skrajnych wypadkach może dojść do porażań i niedowładów;
- neuropatia wzrokowa (skutek toksycznego uszkodzenia pozagłokowej części nerwu wzrokowego) – zaburzenia widzenia, ślepota;
- padaczka alkoholowa – występowanie drgawkowych napadów abstynenckich;
- atrofia mózgu i mózdzku;
- psychozy alkoholowe; psychoza Korsakowa, otępienie alkoholowe, depresja alkoholowa, paranoja alkoholowa (obłąd zazdrości), majaczenie alkoholowe.

#### Układ pokarmowy:

- przewlekłe stany zapalne błony śluzowej i owrzodzenia jamy ustnej, przełyku, żołądka i dwunastnicy;

- zaburzenia perystaltyki przełyku i jelit oraz upośledzone wchłanianie prowadzące do niedoborów pokarmowych;
- poalkoholowe uszkodzenie wątroby (stłuszczenie, zapalenie, zwłóknienie, marskość); w 75% przypadków pierwotny rak wątroby rozwija się na podłożu marskości;
- ostre i przewlekłe zapalenie trzustki.

**Układ sercowo-naczyniowy:**

- nadciśnienie tętnicze (obserwowane u około 10–30% mężczyzn nadużywających alkohol);
- zaburzenia rytmu serca (arytmie);
- choroba niedokrwienna serca;
- kardiomiopatie.

**Układ krwiotwórczy:**

- anemia;
- trombocytopenia;
- upośledzenie funkcji leukocytów i zaburzenia odporności.

**Układ oddechowy:**

- przewlekłe zapalenie błony śluzowej tchawicy i oskrzeli;
- zapalenie płuc, ropień płuc, gruźlica;
- rak krtani, tchawicy, płuc.

**Układ rozrodczy:**

- u mężczyzn: zaburzenia potencji, bezpłodność;
- u kobiet: zaburzenia cyklu miesięcznego, bezpłodność, wcześniejsze przekwitanie.

**Zmiany skórne:**

- przebarwienia i pajączkowe zmiany naczyniowe;
- przekrwienie twarzy z zapaleniem spojówek i obrzękiem;
- uogólniony świąd.

**Alkohol a ciąża**

Alkohol pity regularnie przez kobietę ciężarną stanowi bardzo silny czynnik teratogeny. Najsilniejsze działanie toksyczne alkoholu występuje w pierwszych 6 tygodniach ciąży.

Najpoważniejszym powikłaniem jest **alkoholowy zespół płodowy**, charakteryzujący się:

- niedoborami wzrostu i masy ciała bezpośrednio po urodzeniu, jak i w okresie późniejszym;
- zaburzeniami rozwojowymi cewy nerwowej (rozszczepy kręgosłupa);
- mikrocefalia (małe rozmiary mózgowcaszki);
- cechy dysmorficzne twarzy (słabo wykształcona górna warga, zwężenie szpar powiekowych);
- inne nieprawidłowości budowy anatomicznej (zmniejszona ruchomość stawów, anomalie budowy żeber, zrost piątych palców rąk);
- zaburzeniem funkcji ośrodkowego układu nerwowego, co prowadzi do niedorozwoju fizycznego i umysłowego (średni IQ = 63), zaburzeń neurologicznych, zachowania i emocjonalnych.

Inne następstwa to wystąpienie porodów przedwczesnych i poronień samoistnych.

## NARKOMANIA I UZALEŻNIENIA LEKOWE

**Narkomania** to używanie w celu odurzania się (w celach niemedycznych) środków uzależniających. W określeniu tym mieści się zarówno stałe (systematyczne), jak i okresowe (sporadyczne) zażywanie środków odurzających i psychotropowych.

### Następstwa zdrowotne używania narkotyków

#### Problemy psychiatryczne:

Przyjmowanie środków odurzających wiąże się z ich degeneracyjnym wpływem na OUN, prowadząc do:

- zaburzeń osobowości (przejawiają się one utratą chęci działania, zahamowaniem rozwoju emocjonalnego, wybiórczym nastawieniem do wewnętrznej i zewnętrznej rzeczywistości);
- dysforii (zaburzeń nastroju – z przewagą złego samopoczucia, drażliwości i niezadowolenia, wybuchami agresji słownej i ruchowej, nieadekwatnymi do sytuacji reakcjami gniewu lub obniżonego nastroju);
- psychoz endogennych i egzogennych;
- stanów depresyjnych;
- utraty więzi rodzinnych i społecznych;
- utraty zdolności do odczuwania i ekspresji uczuć wyższych.

#### Problemy somatyczne:

Somatyczne skutki uzależnienia od narkotyków najczęściej ujawniają się w obrębie układu krążenia, nerwowego, oddechowego, wydzielania wewnętrznego, a ponadto wątroby i skóry.

#### Układ krążenia:

- zaburzenia rytmu serca;
- niedokrwienie mięśnia sercowego (łącznie z zawałem);
- nadciśnienie tętnicze;
- kardiomiopatie;
- tętniaki.

#### Układ nerwowy:

Do najczęstszych konsekwencji uzależnienia należą zmiany w mózdku, przejawiają się one:

- zaburzeniem koordynacji ruchowej;
- oczopląsem;
- drżeniem mięśniowym.

Ponadto:

- neuropatią obwodową;
- padaczką.

#### Układ oddechowy:

- przewlekły nieżyt oskrzeli;
- utrudnienie wymiany gazowej w pęcherzykach płuc przejawiające się bólem w klatce piersiowej;

- pneumokokowe zapalenie płuc;
- nowotwory płuc;
- gruźlica.

#### **Układ wydzielania wewnętrznego:**

- brak miesiączki;
- niepłodność;
- impotencja;
- zwiększone wydzielanie hormonów tarczycy;
- obniżenie stężenia testosteronu;
- spadek ruchliwości plemników.

#### **Wątroba:**

- wirusowe zapalenie wątroby typu A;
- zapalenie wątroby wirusem typu B (w przypadkach ostrych zatruc przegradza się w marskość; ponadto może prowadzić do rozwoju raka);
- wirusowe zapalenie wątroby typu C (w około 50% przypadków przyjmuje postać przewlekłą; jest również przyczyną raka wątroby).

#### **Skóra:**

- zakażenia bakteryjne skóry (ropnie, czyraki);
- zmiany grzybicze;
- zapalenie tkanek okołopaznokciowych;
- choroby pasożytnicze skóry (świerzb, wszawica);
- zmiany skórne w postaci wyprysku z brunatnymi przebarwieniami, z tendencją do powstawania owrzodzeń.

#### **Choroby przenoszone drogą płciową:**

- HIV/AIDS;
- kiła, rzeżączka, wrzód weneryczny;
- kandydoza pochwy;
- zakażenia wirusem HPV (Human Papilloma Virus) odpowiedzialnym za rozwój nowotworów złośliwych, głównie raka szyjki macicy.

#### **Ciąża, poród i połóg:**

- zagrożenie dla matki i płodu wiąże się ściśle z dożywlnym przyjmowaniem środków psychoaktywnych i w konsekwencji z zakażeniem HBS, HCV, HIV, infekcją bakteryjną itp.;
- nagłe odstawienie używanych opiatów może zakończyć się obumarciem wewnątrzmacicznym lub zamartwicą płodu;
- używanie amfetaminy może prowadzić do: przedwczesnego odklejenia łożyska, zahamowania wewnątrzmacicznego wzrostu płodu, zapalenia błon płodowych, obumarcia płodu;

- objawy głodu narkotycznego obserwowane są u 20–75% dzieci urodzonych przez matki uzależnione od heroiny – po urodzeniu dzieci należy detoksykować;
- pośrednie ryzyko na przebieg ciąży u narkomanek ma niewłaściwy sposób odżywiania, choroby przenoszone drogą płciową, zbyt późne zgłaszanie się do lekarza.

**Uzależnienie lekowe** to stałe lub nadmierne przyjmowanie leku, niezwiązanego z potrzebami medycznymi lub wyraźnie przekraczającego te potrzeby. Można tu mówić o **toksykomanii jatrogennej**, kiedy pierwsze zetknięcie pacjenta z lekiem wynika z potrzeb medycznych, a następnie pacjent sam zwiększa dawki leku i wymusza na lekarzu ich przepisywanie (opiaty, leki psychotropowe).

Wprawdzie ten typ uzależnienia jest znacznie mniej niebezpieczny ze społecznego punktu widzenia (osoby uzależnione nie stają się w krótkim czasie degeneratami społecznymi) niż alkoholizm, narkomania, lecz ograniczenie sprawności intelektualnej, pamięci, zaburzenia snu, narastające zmęczenie, niechęć do podejmowania pracy oraz konieczność stałego przyjmowania leków powoduje, że osoby uzależnione stają się mniej aktywne zawodowo oraz mniej zaangażowane uczuciowo w sprawy rodziny i otoczenia.

### Leki nasenne i uspokajające

**Barbiturany:** leki nasenne – fenobarbital

Człowiek:

- po zażyciu niewielkiej dawki jest zrelaksowany, spokojny;
- przy większych dawkach odczuwa zawroty głowy, kłopoty z równowagą, senność, występuje bełkotliwa mowa, wahania nastrojów;
- po paru miesiącach regularnego stosowania staje się mniej sprawny intelektualnie, ma problemy z pamięcią, staje się drażliwy i bezkrytyczny wobec siebie, towarzyszy mu smutek, przygnębienie, bezsenność.

Długoletnie przyjmowanie powoduje problemy neurologiczne, hormonalne, oddechowe, choroby nerek i wątroby.

**Benzodiazepiny:** leki uspokajające – relanium

Człowiek pod wpływem środków uspokajających jest rozluźniony i wyciszony.

Większe dawki powodują poczucie zadowolenia, rozluźnienia i ekstazy.

### PROFILAKTYKA UZALEŻNIEŃ

Problem uzależnienia od nikotyny, alkoholu, narkotyków nabiera coraz większego znaczenia społecznego. Aby skutecznie przeciwdziałać tej chorobie współczesnego świata, która pochłania liczne ofiary, wytrąca młodych ludzi z życia szkolnego, zawodowego, społecznego i rodzinnego, należy wpływać na ogólną wiedzę i kulturę społeczeństwa w taki sposób, by zrozumienie wysokiej szkodliwości nałogu w sensie indywidualnym i zbiorowym stało się powszechne.

**Profilaktyka uzależnień** (według Gold i Stewart) to ciągły proces prowadzący do redukcji dostępności, jak i zapotrzebowania na środki odurzające przez koncentrację na trzech elementach:

- środkach uzależniających;
- kosztach, czyli jednostkach i grupach, ich szczególnej podatności na problemy związane z odurzaniem się oraz ich wiedzy i postawach, które wyznaczają używanie przez nich środków odurzających;
- środowisku, rozumianym jako kontekst, w którym następuje odurzanie się (instytucje, grupy społeczne wraz z ich normami i zasadami moralnymi).

Programy profilaktyczne powinny koncentrować się nie tylko na: informowaniu o mechanizmach i szkodliwych następstwach uzależnienia, lecz również na kształtowaniu postaw prozdrowotnych oraz rozwijaniu umiejętności odpowiedzialnego podejmowania decyzji w tym zakresie, a także umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych. Zadaniem edukacji jest wytworzenie postaw polegających na traktowaniu używania środków psychoaktywnych jako obyczaju zdyskredytowanego i nieatrakcyjnego.

Konieczna jest również międzysektorowa współpraca między służbą zdrowia oraz sektorami: społecznym, edukacyjnym, sprawiedliwości i władzy wykonawczej, aby uchwycić problemy zdrowotne związane z konsumpcją środków psychoaktywnych, co pozwoli podjąć działania redukujące podaż, jak i popyt na te środki (tab. 3).

Tabela 3

## Przykład podejścia profilaktycznego z zakresu nikotynizmu

Instytucje i osoby	Rodzaj działań
Rodzina i szkoła	kształtowanie postaw prozdrowotnych, propagowanie zdrowego stylu życia, dawanie przykładu niepalenia przez dorosłych, rozszerzanie wiedzy na temat szkodliwości palenia
Producenci wyrobów tytoniowych	produkowanie papierosów o niskiej zawartości substancji szkodliwych (redukcja nikotyny, ciąż smolistych, tlenku węgla)
Sprzedawcy wyrobów tytoniowych	przestrzeganie prawnych ograniczeń sprzedaży wyrobów tytoniowych (dzieci i młodzież), niewprowadzanie automatów z wyrobami tytoniowymi
Służba zdrowia	dawanie przykładu niepalenia przez pracowników Z.O.Z., w większym stopniu propagować idee niepalenia, organizowanie punktów i poradni odwykowych dla palaczy
Związki zawodowe	programy edukacyjne dla członków związku, walka o wolne od dymu środowisko pracy
Władze lokalne	likwidacja reklam tytoniu w miejscach publicznych, egzekwowanie przepisów zabraniających sprzedaży tytoniu nieletnim, wspomaganie kampanii antynikotynowych, dbanie w podległych szkołach, urzędach o wolne od dymu papierosowego powietrze
Ubezpieczenia społeczne	wprowadzenie niższych stawek ubezpieczeniowych dla niepalących, sponsorowanie akcji antynikotynowych
Środki masowego przekazu	uświadamianie społeczeństwu szkodliwości i zagrożeń wynikających z palenia, lansować niepalących bohaterów, emitować programy promujące niepalenie oraz informujące o sposobach rzucenia nałogu
Politycy	lansowanie stylu życia bez papierosa, zaakceptowanie potrzeby kontroli spożycia tytoniu do programu partii, wspomaganie inicjatywy zdrowotnej/antynikotynowej
Prawo i finanse	zakaz reklamy produktów tytoniowych, wzrost podatków od wyrobów tytoniowych z przeznaczeniem na promocje zdrowia i walkę z paleniem, zabronienie firmom tytoniowym sponsorowania imprez sportowych i kulturalnych, podniesienie ceny papierosów w stopniu wyższym niż wzrost zarobków



W ramach prewencji stosowania narkotyków powstał ogólnopolski program „Uczelnie wolne od uzależnień”. Uniwersytet Jagielloński w Krakowie również uczestniczy w tym programie poprzez stworzenie działającej przy Uniwersytecie Środowiskowej Poradni Uzależnień, do której mogą się zgłaszać studenci mający problem narkotykowy.

### 3.2. Nieprawidłowe odżywianie

Tabela 4

Najczęściej występujące błędy w żywieniu Polaków

Błędy żywieniowe	
Nadmierne spożycie	Niewystarczające spożycie
<ul style="list-style-type: none"> <li>– energii pobieranej z pożywieniem w stosunku do zapotrzebowania organizmu</li> <li>– energii pochodzącej z tłuszczów zwierzęcych o wysokiej zawartości NKT i cholesterolu</li> <li>– cukrów prostych i dwucukrów</li> <li>– chlorku sodu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– energii pochodzącej z węglowodanów złożonych</li> <li>– wielonienasyconych kwasów tłuszczowych w tym NNKT</li> <li>– błonnika pokarmowego z powodu niskiego spożycia roślin strączkowych, warzyw i owoców, pieczywa ciemnego</li> <li>– wapnia</li> <li>– jodu</li> <li>– żelaza</li> </ul>

Z pozostałych błędów żywieniowych często występujących w społeczeństwie polskim należy wymienić:

- niskie upowszechnienie karmienia piersią dzieci w 1. roku życia;
- nieregularne spożywanie posiłków;
- zjadanie posiłków w pośpiechu i stanach dyskomfortu psychicznego;
- spożywanie nadmiernej ilości żywności konserwowanej i przygotowywanej przemysłowo (np. typu gorący kubek).

**Wyżej wymienione błędy żywieniowe sprzyjają rozwojowi następujących chorób:**

- miażdżyca tętnic, a na jej podłożu choroba niedokrwienna serca;
- nadciśnienie tętnicze;
- nadwaga i otyłość;
- cukrzyca typu II;
- próchnica zębów;
- niektóre nowotwory:
  - rak sutka, płuc, prostaty, trzonu macicy, jajnika,
  - rak żołądka,
  - rak jelita grubego;
- osteoporoza;
- wole endemiczne;
- niedokrwistość z niedoboru żelaza.

### 3.3. Niska aktywność fizyczna

Systematyczna aktywność ruchowa, ujęta w formie treningu zdrowotnego jest czynnikiem bezpośrednio oddziałującym na czynność ustroju (ochrona zdrowia fizycznego i psychicznego), jak i integrującym postulowane zasady kształtowania zdrowia.

Na aktywność ruchową składają się:

- wysiłki zorganizowane: treningi sportowe, zajęcia wychowania fizycznego, zajęcia rekreacyjne i korekcyjne, nauka tańca itp.;
- wysiłki spontaniczne: związane z rozrywkami i zabawami w grupach rówieśniczych;
- prace fizyczne zawodowe i hobbystyczne: uprawianie działki;
- wymagające zwiększonego wysiłku prace domowe, jazda rowerem.

Uważa się, że potrzeby ruchowe dzieci do 10. roku życia wynoszą około 6 godzin dziennie, młodzieży około 4 godziny dziennie. W miarę upływu lat życia potrzeby te maleją.

Polskie społeczeństwo cechuje niska aktywność fizyczna. Można szacować, że zaledwie 30% dzieci i młodzieży oraz 10% dorosłych uprawia różne formy ruchu, w których rodzaj i intensywność obciążeń wysiłkowych zaspokaja podstawowe potrzeby fizjologiczne organizmu. W wolnym czasie przeciętnego Polaka dominują zajęcia związane z brakiem aktywności fizycznej, głównie oglądanie telewizji i korzystanie z komputera.

Znaczącą poprawę kondycji zdrowotnej (u dorosłych) można uzyskać poprzez zapewnienie przynajmniej około 30 minutowej umiarkowanej aktywności ruchowej (np. energiczny spacer) przynajmniej 5 dni w tygodniu.

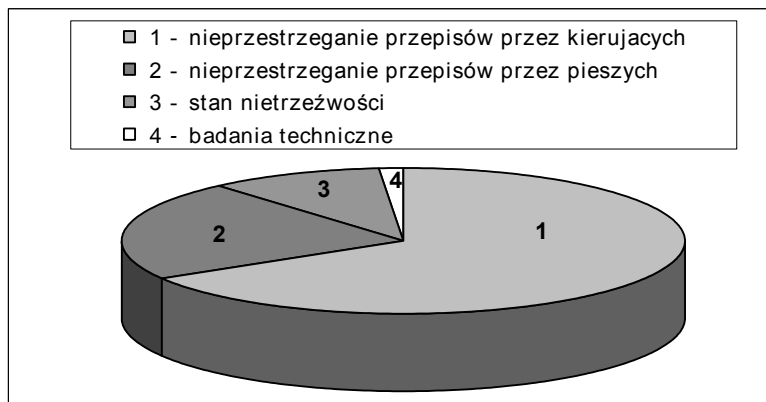
**Niska aktywność fizyczna zwiększa ryzyko zachorowania na:** chorobę wieńcową, udar mózgu, nadciśnienie tętnicze, cukrzycę typu II, osteoporozę.

### 3.4. Zachowania stanowiące przyczynę urazów i wypadków

Do wypadków dochodzi w różnych środowiskach (w pracy, domu, szkole, drodze, miejscach odpoczynku). Wiązą się z nimi wysokie koszty. Średnia roczna liczba zgłaszanych wypadków drogowych prowadzących do urazów w krajach Unii Europejskiej wynosi około 340 na 100 000 ludności.

**Wypadki drogowe** stanowią główną przyczynę urazów w Polsce. Każdego roku na drogach publicznych w naszym kraju wzrasta liczba wypadków drogowych, w których ginie kilka tysięcy osób, a ponad kilkadziesiąt tysięcy osób zostaje rannych. Ponadto dochodzi do około 200 tysięcy kolizji drogowych pociągających za sobą określone straty materialne.

Do najczęstszych przyczyn wypadków drogowych należą: brawura i nadmierna prędkość pojazdów, stan nietrzeźwości, nieprzestrzeganie przepisów przez pieszych i rowerzystów, braki techniczne pojazdów.



Ryc. 3. Główne przyczyny wypadków drogowych

**Urazom i zgonom powodowanym** wypadkami drogowymi z udziałem pojazdów można by skutecznie zapobiec poprzez: zapinanie pasów bezpieczeństwa, poprawę jakości dróg i pojazdów, przestrzeganie ograniczeń prędkości oraz zaprzestanie prowadzenia pojazdu po spożyciu alkoholu.

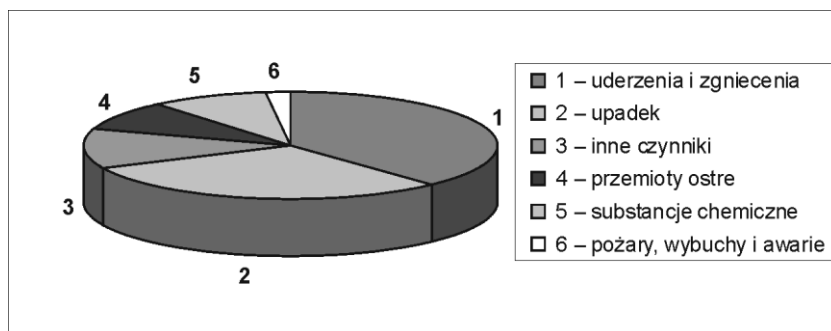
### Wypadki przy pracy

Ludzie dorośli spędzają przynajmniej 1/3 swego życia w miejscu pracy, dlatego odgrywa ono olbrzymie znaczenie dla ich zdrowia.

Problemy zdrowotne w miejscu pracy to: wypadki i urazy, narażenie na hałas, trujące chemikalia, problemy ergonomii i stres.

Głównymi wydarzeniami powodującymi wypadki przy pracy są: przygniecenia przez czynniki transportowe, maszyny, urządzenia i spadające czynniki materialne oraz upadki, potknięcia się, poślizgnięcia na płaszczyźnie (ryc. 4).

Od wielu lat dominującą przyczyną wypadków przy pracy jest nieprawidłowe zachowanie pracownika (ok. 45% wszystkich przyczyn), a dopiero drugą pod względem liczebności przyczyną jest niewłaściwy stan czynnika materialnego (ok. 11–13%), tj. wady konstrukcyjne maszyn, niewłaściwe naprawy i remonty, niewłaściwa eksploatacja urządzeń.



Ryc. 4. Główne wydarzenia powodujące wypadki przy pracy

## Wypadki w szkole

Polska jest krajem, w którym urazy na terenie szkoły (spośród ogółu urazów wśród dzieci) zajmują pierwsze miejsce. W tym największa liczba wypadków ma miejsce w szkołach podstawowych, następnie zawodowych i liceach ogólnokształcących. Najczęściej obrażenia dotyczą kończyn, następnie głowy, tułowia i oczu. Najwięcej wypadków występuje w salach gimnastycznych, na korytarzach, schodach, na boiskach, placach gier i zabaw oraz ulicach i drogach. Biorąc pod uwagę zajęcia, w czasie których wydarzają się najczęściej wypadki, są: wychowanie fizyczne, przerwy między lekcjami oraz wycieczki.

Przyczyną wypadków bywa niekiedy zły stan szkolnych obiektów sportowych (niestabilne przymocowanie bramek do podłoża, brak osłon lamp oświetleniowych, okien, grzejników, itp.), ale również niefrasobliwe zachowania uczniów (lekceważenie zasad, brak wyobraźni, niedbalstwo).

Dlatego też kształtowanie wśród dzieci odpowiednich postaw, rozwijanie wiedzy i umiejętności bezpiecznych zachowań jest jednym z najskuteczniejszych sposobów zapobiegania wypadkom.

Innymi przyczynami urazów w wyniku wypadków są przypadkowe zatrucia, zatrucia alkoholem oraz aktywność sportowa i wypoczynkowa. Jest to zadanie dla rodziców, odpowiedzialnych za zdrowie dzieci, dla szkoły, gdzie uczniowie spędzają wiele godzin na zajęciach lekcyjnych i pozalekcyjnych, jak też dla wszystkich, którym bliska jest problematyka ochrony zdrowia i życia człowieka.

## 4. PROMOCJA ZDROWIA

### 4.1. Pojęcie promocji zdrowia

Mimo że pojęcie promocji zdrowia jest powszechnie używane, to wciąż występują różne sposoby jego rozumienia i kontrowersje związane ze znaczeniem i stosunkiem do innych kategorii pojęciowych z dziedziny ochrony zdrowia.

Wydaje się, że dla większości definicji wspólne są dwa założenia:

- Zdrowie trzeba nie tylko chronić, ale i wspierać, kształtować i wzmacniać.
- Ludzie muszą mieć większe możliwości kontrolowania własnego zdrowia i dokonywania świadomych wyborów postępowania.

Oto dwie najbardziej znane definicje:

**Promocja zdrowia jest procesem umożliwiającym każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływania na własne zdrowie, jego poprawę i utrzymanie.**

W definicji tej przyjętej na I Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia w Ottawie w listopadzie 1986 roku zwanej europejską, główne znaczenie ma aktywność poszczególnych osób i grup biorących udział w podejmowaniu różnych działań, przy czym kontrola własnego zdrowia, jego rozwój (wzmacnianie) oraz podtrzymywanie powinny być umożliwiające każdemu człowiekowi poprzez działania polityczne

i społeczne prowadzone na poziomie indywidualnym i grupowym w celu tworzenia warunków sprzyjających zdrowiu.

**Promocja zdrowia jest połączeniem działań edukacyjnych oraz różnego rodzaju wsparcia – środowiskowego, społecznego, politycznego, ekonomicznego, prawnego i taktycznego – sprzyjających zdrowiu.**

Powyższa definicja, zwana potocznie amerykańską, sformułowaną przez Greena i Kreutera (1991) wyróżnia dwa ważne elementy składowe promocji zdrowia: edukację zdrowotną oraz zróżnicowane formy wsparcia mające na celu inicjatywę nowych zachowań sprzyjających zdrowiu oraz ich adaptację i utrwalanie (podtrzymywanie). Zatem nie ogranicza się promocji zdrowia do działań edukacyjnych, gdyż osiągnięcie zmian zachowania, w równym stopniu wymaga obecności edukacji, jak i różnych form wsparcia.

Reasumując, **promowanie zdrowia** jest procesem wprowadzania zmian w stylu i warunkach życia ludzi (obejmuje ludzi i ich środowisko) w celu doskonalenia i tworzenia zdrowia oraz stałej nad jego stanem kontroli, uwzględniając jednostkową i społeczną odpowiedzialność za zdrowie.

## 4.2. Różnice pomiędzy promocją zdrowia a prewencją

**Prewencja** to działania zapobiegawcze, głównie medyczne skierowane na zwalczanie chorób. **Promocja zdrowia**, jak ujmuje to J.B. Karski, nie jest synonimem profilaktyki chorobowej.

**Promocja zdrowia** to proces ukierunkowany na zachowanie i wzmacnianie zdrowia, jest działaniem międzysektorowym.

Niemniej jednak działania prewencyjne i promocyjne zachodzą na siebie, gdyż zmierzają w tym samym kierunku, tzn. ku poprawie i utrzymaniu dobrego zdrowia jednostek i społeczeństwa. Istnienie różnic pozwala jednak stwierdzić, że są one odmiennymi działaniami.

Główne różnice między promocją zdrowia i prewencją dotyczą obiektu (przedmiotu) zainteresowania. O ile w przypadku prewencji punktem wyjścia jest choroba, celem jej zapobieganie, to dla promocji zdrowia punktem wyjścia jest zdrowie, zaś celem – pomnażanie rezerw i potencjału zdrowia.

### **Podjęcie prewencyjne:**

- punkt wyjścia – choroba;
- cel – uniknięcie choroby;
- grupa oddziaływania – grupy szczególnego ryzyka.

### **Podjęcie promocyjne:**

- punkt wyjścia – zdrowie;
- cel – pomnażanie rezerw i potencjału zdrowia;
- grupa oddziaływania – cała populacja w kontekście codziennego życia.

Przykładem działań, które można zaliczyć – zależnie od intencji – do prewencyjnych bądź promujących zdrowie, są szczepienia ochronne oraz podawanie witamin

i żelaza. Następnym różnic w podejściu prewencyjnym i promocyjnym jest stosowanie odmiennych metod oddziaływania, mających na celu modyfikację zachowań oraz stylu życia ludzi.

Powszechnie przyjęty w medycynie **model prewencji** oparty na koncepcji Caplana z 1964 roku wyróżnia podział na: prewencję pierwotną, wtórną oraz trzeciego stopnia.

- **Prewencja pierwotna** – ma na celu redukcję występowania choroby, inwalidztwa lub pewnych odstępstw od dobrego stanu zdrowia (zapobieganie wypadkom drogowym, domowym, w miejscu pracy). Działania skierowane są na ludzi zdrowych.
- **Prewencja wtórna** – ma na celu wczesne wykrywanie objawów choroby, powstrzymanie rozwoju choroby oraz czasu jej trwania.
- **Prewencja trzeciego stopnia** – ma na celu zapobieganie negatywnym skutkom chorób i ułomności.

#### 4.3. Koncepcja promocji zdrowia

Na przestrzeni doświadczeń wielu lat doszło do powstania swoistej koncepcji – **promocji zdrowia** – filozofii zdrowia i życia, w której centralne miejsce zajmuje zdrowie. Promocja zdrowia rozwinęła się na gruncie dawnych zasad higieny (z greck. *hygienos* – zdrowy) koncentrującej się wówczas głównie na wiedzy praktycznej, dotyczącej różnorodnych zaleceń sanitarno-higienicznych (niepicie alkoholu, utrzymanie ciała w czystości, gimnastyka) mających na celu ochronę życia i zdrowia ludzi. Naukowe wyjaśnienie większości znanych od tysięcy lat wartościowych zasad higieny przyniósł wiek XIX i XX. Znacznie przyczyniło się do tego wyjaśnienie przyczyn wielu chorób, a zwłaszcza narastających problemów zdrowotnych określanych mianem „chorób cywilizacyjnych” oraz poznanie uwarunkowań zdrowia indywidualnego i społecznego. Przyspieszenie rozwoju promocji zdrowia nastąpiło w latach 70. i 80. naszego stulecia wskutek konieczności poszukiwania skutecznych metod rozwiązywania kryzysu zdrowotnego na całym świecie.

Od 1978 roku kluczową rolę w rozwoju promocji zdrowia odgrywa Światowa Organizacja Zdrowia. Podczas Zgromadzenia ŚOZ, które odbyło się w Alma-Acie, zobligowano wszystkie kraje członkowskie do przyjęcia zasad zamieszczonych w dokumencie „Zdrowie dla Wszystkich”. Głównym przesłaniem tego dokumentu było osiągnięcie do 2000 roku takiego poziomu zdrowia ludzi na całym świecie, który pozwalałby wieść życie produktywne w kontekście społecznym i ekonomicznym. Dokument „Zdrowie dla Wszystkich” prezentuje szeroką strategię działania opartą przede wszystkim na założeniach powszechnej dostępności do programów ochrony zdrowia, społecznym uczestnictwie oraz międzysektorowej współpracy. Dokument zawierający europejską strategię działań na rzecz zdrowia pod nazwą „Zdrowie dla Wszystkich”, opublikowany w 1985 roku, zawierał 38 zadań dotyczących poprawy zdrowia ludności. W odpowiedzi na to wyzwanie w wielu krajach (również w Polsce) opracowano narodowe programy zdrowia.

Kamieniem milowym w rozwoju promocji zdrowia była I Międzynarodowa Konferencja Promocji Zdrowia, która odbyła się w Ottawie (Kanada) w 1986 roku. Sformu-

łowana w wyniku obrad Karta Ottawska stała się „Konstytucją” promocji zdrowia i jest dla niej trwałym dokumentem o podstawowym znaczeniu, mimo że po konferencji w Ottawie odbyły się jeszcze trzy konferencje promocji zdrowia, również o zasięgu ogólnoświatowym: w Adelajdzie (Australia 1989), w Sundsvall (Szwecja 1991) i Dżakarcie (Indonezja 1997).

Debaty uczestników tych konferencji zaowocowały między innymi sformułowaniem celów, kierunków i strategii działań w promocji zdrowia, w tym stworzeniem polityki zdrowia publicznego oraz kształtowaniem środowisk wspierających zdrowie.

Karta Ottawska oraz inne dokumenty WHO (np. stanowiska uczestników kolejnych Międzynarodowych Konferencji Promocji Zdrowia) przesunęły punkt ciężkości ochrony zdrowia z prewencji specyficznych chorób oraz wykrywania grup ryzyka na zdrowie oraz poprawę warunków i jakości życia.

**Karta Ottawska** nie tylko określiła uwarunkowania zdrowia, do których zalicza się: zapewnienie pokoju i bezpieczeństwa, dostęp do edukacji, zaopatrzenie w wodę i żywność, zabezpieczenie środków do życia, stabilny ekosystem, sprawiedliwość i równość społeczną, ale podała **strategie** umożliwiające osiągnięcie odpowiednich rozwiązań. Są to:

- budowanie polityki zdrowia publicznego;
- tworzenie środowisk wspierających zdrowie;
- wzmacnianie działań środowisk lokalnych;
- rozwijanie umiejętności osobniczych;
- reorientacja świadczeń zdrowotnych.

Istnieje bowiem zgodność co do tego, że między zdrowiem w skali globalnej i rozwojem społeczeństwa nie stoi w takim stopniu brak pieniędzy, który miałby hamować postęp, co brak odpowiedniego kierowania sprawami zdrowia.

W ramach koncepcji promowania zdrowia ŚOZ zaprojektowała i rozpowszechniła wiele projektów, które szybko zostały zaadoptowane do warunków poszczególnych krajów. Do działań na rzecz zdrowia włączyły się jednostki i społeczności lokalne. Do takich projektów należą między innymi: „Zdrowe miasta”, „Zdrowe miejsce pracy”, „Szkoła promująca zdrowie”, „Szpital promujący zdrowie”.

W maju 1998 roku na 51. Światowym Zgromadzeniu Zdrowia została przyjęta przez społeczność zajmującą się problematyką zdrowotną Światowa Deklaracja Zdrowia – Zdrowie 21. W dokumencie tym znalazły się główne kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej, jakie powinny przyświecać politykom zdrowotnym w krajach członkowskich WHO. Przedstawia ona zbiór światowych priorytetów i dziesięciu zadań na pierwsze dwie dekady XXI wieku, umożliwiających ludziom na całym świecie osiągnięcie i utrzymanie możliwie najlepszego poziomu zdrowia w ciągu całego życia.

Polityka Zdrowie 21 dla Regionu europejskiego przyjęta przez Europejski Komitet Regionalny we wrześniu 1998 roku jest odpowiedzią na wezwanie Światowej Deklaracji Zdrowia mówiącej o tym, aby regionalna i krajowa polityka rozwijała się na bazie polityki globalnej. Zawiera 21 celów-zadań, które odpowiadają wyzwaniom ŚDZ i odzwierciedlają zbiór polityki globalnej „Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku”.

#### 4.4. Działania na rzecz promocji zdrowia w Polsce

Działania edukacyjne i profilaktyczne były prowadzone od wielu lat przez Polskie Towarzystwo Higieniczne, a następnie przez pion sanitarno-epidemiologiczny resortu zdrowia oraz tzw. medycynę przemysłową.

Podejmowanie działań w dziedzinie promocji zdrowia opartych na projektach Biura ŚOZ Regionu Europejskiego rozpoczęto w Polsce na początku lat 90.

Dotychczas powstały i rozwijają się nadal, takie projekty jak:

- Polska Sieć Zdrowych Miast, obecnie działająca jako Stowarzyszenie Zdrowych Miast Polski;
- sieć szkół z terenu całego kraju zgromadzonych wokół projektu Szkoła Promująca Zdrowie;
- Promocja Zdrowia w Miejscu Pracy;
- Polska Sieć Szpitali Promujących Zdrowie;
- rodzimy projekt: Zdrowy Dom.

Są to działania nad wyraz pożyteczne, dzięki bezpośredniemu zaangażowaniu jednostek i środowisk lokalnych w działania znacznie wykraczające poza edukację zdrowotną.

Znaczącym osiągnięciem dla promocji zdrowia w kraju jest Narodowy Program Zdrowia (NPZ), który na mocy protokołu Rady Ministrów z września 1996 roku stał się oficjalnym dokumentem nakreślającym kierunki zdrowotnej polityki społecznej kraju na lata 1996–2005. Był on odpowiedzią Polski na problematykę zawartą w Kartce Ottawskiej, deklaracjach ŚOZ oraz przepisach Unii Europejskiej.

NPZ był oparty na zasadzie integracji działań międzysektorowych na rzecz poprawy i utrzymania zdrowia społeczeństwa. Działania resortowe na rzecz zdrowia należy traktować jako przedsięwzięcia, które winny odpowiadać działaniom sektorowym, aż do poziomu gmin i samorządu lokalnego. Punktem wyjścia obecnego NPZ było uznanie zdrowia za wartość dla jednostki i zasób dla społeczeństwa oraz uświadomienie wagi czynników warunkujących zdrowie.

Strategicznym celem NPZ była „poprawa stanu zdrowia ludności i związanej z nim jakości życia” poprzez trzy główne kierunki działań:

1. Stwarzanie warunków oraz kształtowanie motywacji, wiedzy i umiejętności zdrowego stylu życia, a także podejmowanie działań na rzecz zdrowia własnego i innych.
2. Kształtowanie sprzyjającego zdrowiu środowiska życia i pracy.
3. Zmniejszenie różnic w stanie zdrowia i dostępie do świadczeń zdrowotnych.

Realizacji celu strategicznego służyło 18 celów operacyjnych. Jeden z celów „Zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej społeczeństwa oraz działań w zakresie promocji zdrowia” uznano za kluczowy i odnoszący się do wszystkich trzech kierunków działań. Każdy z celów operacyjnych posiadał odpowiednie wskaźniki pozwalające na ocenę realizacji poszczególnych zadań.

Obecnie Polska uczestniczy w realizacji Polityki Zdrowia 21 dla Regionu Europejskiego, zawierającej następujące główne elementy:

- jednym ze stałych zadań jest uzyskanie pełnego potencjału zdrowotnego dla wszystkich;
- dwa główne cele wspierają wysiłki zapewniające poprawę stanu zdrowia populacji:



- poprawa i ochrona zdrowia ludzi w ciągu całego życia,
- redukcja występowania głównych chorób i urazów oraz złagodzenie ich następstw;
  - trzy podstawowe wartości tworzą podstawę etyczną Zdrowia 21:
- zdrowie jako podstawowe prawo człowieka,
- równość w zdrowiu i solidarność w działaniu pomiędzy krajami oraz ich społecznościami lokalnymi z uwzględnieniem zróżnicowania płci,
- współuczestnictwo i monitorowanie działań jednostek, grup, instytucji, społeczności lokalnych na rzecz stałego rozwoju zdrowia;
  - określono cztery podstawowe strategie działania dla zapewnienia naukowego, gospodarczego, społecznego i politycznego zrównoważenia przebiegu wdrażania Zdrowia 21:
- strategie wielosektorowe zwracające uwagę na uwarunkowania zdrowia, biorące pod uwagę aspekt fizyczny, ekonomiczny, społeczny, kulturowy i odmienność płci oraz zapewniające ocenę ich wpływu na zdrowie,
- programy nastawione na wynik zdrowotny i inwestowanie w poprawę zdrowia i opiekę kliniczną,
- zintegrowana i zorientowana na rodzinę i społeczność lokalną podstawowa opieka zdrowotna, wspierana przez elastyczny i właściwy system szpitalny,
- uczestnictwo w procesie rozwoju zdrowia, angażujące odpowiednich partnerów w domu, szkole i pracy oraz na poziomie społeczności lokalnej i kraju oraz promowanie wspólnego podejmowania decyzji, wdrażania i rozliczania z podejmowanych działań.

#### 4.5. Działania z zakresu promocji zdrowia i prewencji podejmowane w poszczególnych okresach życia człowieka

##### Opieka zdrowotna w okresie prenatalnym

- By zabezpieczyć prawidłowy wzrost i rozwój płodu kobieta ciężarna powinna dbać o:
- prawidłowe odżywianie (wzrost dobowego zapotrzebowania energetycznego o 300 kcal/dobę w II i III trymestrze ciąży w porównaniu z okresem przed ciążą);
  - dbałość o prawidłowe przyrosty masy ciała w poszczególnych trymestrach ciąży.

**Tabela 5**

Optymalne przyrosty masy ciała w ciąży dla kobiet o różnym BMI przed ciążą (wg IOM – Institute of Medicine of the National Academy of Science, Washington)

BMI przed ciążą (kg/m <sup>2</sup> )	Optymalny przyrost masy ciała kobiety w ciąży
BMI < 19,8 (niedowaga)	13–18 kg (0,6 kg/tydz. w II i III trym.)
BMI = 19,8–26,0 (prawidłowa masa ciała)	11,5–16 kg (0,45 kg/tydz. w II i III trym.)
BMI = 26,1–29,0 (nadwaga)	7–11,5 kg (0,3 kg/tydz. w II i III trym.)
BMI > 29,0 (otyłość)	około 7 kg (0,25 kg/tydz. w II i III trym.)

- przestrzeganie zasad higieny osobistej oraz higieny ubioru:
- dbanie o higienę osobistą polega przede wszystkim na niedopuszczaniu do wystąpienia stanów zapalnych pochwy, które drogą wstępującą poprzez kanał szyjki macicy mogą spowodować infekcję jaja płodowego i zapalenie błon płodowych, a w związku z tym ich przedwczesne pęknięcie, co skutkuje porodem przedwczesnym i urodzeniem dziecka przedwcześnie,
- odzież powinna być luźna, przewiewna i wygodna, aby nie dopuścić do ucisku na mięsień ciążarnej macicy i nie wywołać przedwczesnej gotowości skurczowej mięśnia macicy.
- wyeliminowanie wszelkich uzależnień oraz stosowania leków (bez wskazań lekarza):
- bezwzględnie należy rzucić palenie papierosów i zaprzestać spożywania alkoholu czy stosowania narkotyków, gdyż wszystkie te czynniki toksyczne są teratogenne dla płodu. Używki te mogą doprowadzić do zespołu alkoholowego i nikotynowego lub zespołu ponarkotykowego u płodu. Alkohol może być induktorem wad rozwojowych i spowodować gorszy rozwój płodu. Nikotynizm przewlekły doprowadza przede wszystkim do przedwczesnego dojrzewania łożyska, co ma swoje odzwierciedlenie w badaniu ultrasonograficznym. Tak zmienione łożysko nie jest w stanie prawidłowo dostarczać składników odżywczych i tlenu do płodu i w związku z tym przewlekły nikotynizm powoduje hypotrofię płodu, czyli stan, kiedy przewidywana masa ciała dziecka wyliczona na podstawie badań ultrasonograficznych nie jest zgodna z aktualnym wiekiem ciążowym – jest za mała.

Większość leków zastosowanych w I trymestrze ciąży może być potencjalnym induktorem wady rozwojowej, dlatego (jeśli ich zastosowanie nie jest niezbędne) należy ich zwłaszcza w tym okresie bezwzględnie unikać. Czasem zastosowanie leków w ciąży jest konieczne, bo ciężarna pacjentka choruje na przykład na astmę oskrzelową, padaczkę, niedoczynność tarczycy czy inne schorzenia. Wówczas zastosowanie odpowiednich leków, z jak najbardziej bezpiecznych grup leków i w zmodyfikowanych dawkach, jest wręcz niezbędne i niepodważalne. Zastosowanie antybiotyków winno mieć miejsce na przykład w takich stanach jak zapalenie oskrzeli u ciężarnej, stan po przedwczesnym odejściu wód płodowych, choroby przyzębia czy stosunkowo często występujące u kobiet ciężarnych odmiedniczkowe zapalenie nerek. Brak leczenia stanu zapalnego może mieć poważne konsekwencje dla rozwijającego się płodu.

- stosowanie kwasu foliowego w okresie przedkoncepcyjnym przynajmniej przez 3 miesiące i w pierwszych 12 tygodniach ciąży (profilaktyka nie tylko wad cewy nerwowej, ale również wad układu krążenia i mięśniowo-szkieletowego oraz nerek);
- zastosowanie badań ultrasonograficznych (ocena prawidłowości rozwoju struktur płodu).

Aktualnie występuje standard minimum 3 badań ultrasonograficznych w ciąży o przebiegu fizjologicznym:

- pierwsze badanie obligatoryjne 11.–13. tydzień ciąży;
- drugie 18.–22. tydzień ciąży;
- trzecie 30.–32. tydzień ciąży.

Badanie ultrasonograficzne ma na celu ocenę prawidłowego stanu płodu i jego rozwoju od pierwszych tygodni ciąży. Przed obligatoryjnym badaniem ultrasonograficznym między 11. a 13. tygodniem ciąży często wykonuje się wcześniejsze badanie USG określające czy ciąża jest wewnątrzmaciczna, czy jest żywa, czy jest pojedyncza, czy mnoga, jak rozwija się zarodek i kosmówka oraz czy przydatki obustronnie mają prawidłową strukturę.

Między 11. a 13. tygodniem ciąży ocenianych jest więcej szczegółów anatomicznych płodu, takich jak: ciągłość struktur czaszki, mózgowie, kanał kręgowy (czy jest zamknięty), miarowość akcji serca i budowa serca, kończyny, ciągłość powłok brzusznych, lokalizacja kosmówki oraz nowe elementy, takie jak obecność kości nosowej oraz przezierność karku – tzw. markery wad chromosomalnych. Wady te to zespół Downa, zespół Edwardsa czy zespół Patau.

Dokładna ocena tych markerów oraz testy laboratoryjne, czyli test podwójny lub potrójny w zależności od etapu ciąży oraz wiek matki dają możliwość określenia ryzyka wystąpienia powyższych wad chromosomalnych z dużym prawdopodobieństwem.

Kolejne planowe badanie USG wykonywane jest między 18.–22. tygodniem ciąży. Ma ono za zadanie ocenić prawidłową anatomię płodu, przede wszystkim dokładną budowę serca, jego 4-jamowość, wielkość serca, prawidłowość odejścia dużych naczyń. Oceniana jest lokalizacja łożyska, czy nie jest ono przodujące, czy nisko schodzące oraz ilość wód płodowych.

Trzecie badanie ultrasonograficzne obejmuje okres około 30. tygodnia ciąży (30.–32.), dokonywane są wówczas dokładne pomiary wielkości płodu, czy nie jest hypolub hypertroficzny.

Ostatnie badanie dotyczy okresu okołoporodowego, gdzie potwierdzamy położenie płodu, oceniamy masę płodu, stopień dojrzałości łożyska, czy się ono nie odkleja oraz ilość wód płodowych. W stanach patologicznych oraz w przypadku ciąży mnogiej częstość kontroli USG ulega oczywiście zwielokrotnieniu.

Dodatkowo w stanach patologicznych badanie USG poszerzamy o ocenę przepływów w tętnicy pępowinowej i środkowej mózgu.

- higiena snu i wypoczynku, odpowiednia ilość godzin poświęcona na spacer i przebywanie na świeżym powietrzu;
- umiarkowana aktywność ruchowa, unikanie sportów wymagających dużego wysiłku fizycznego i niebezpiecznych ze względu na możliwość urazu (narcciarstwo, hipika);
- ciąża nie jest przeciwwskazaniem do pracy zawodowej (o ile nie zagraża prawidłowemu rozwojowi płodu i zdrowiu ciężarnej). Z pewnością przeciwwskazana jest praca w szkodliwych dla zdrowia warunkach środowiskowych (obecność substancji toksycznych, hałas), czy praca w godzinach nocnych;
- wczesne zgłoszenie się do lekarza (potwierdzenie ciąży) i przestrzeganie zaleceń lekarskich w trakcie kolejnych wizyt;
- suplementacja preparatami żelazowo-witaminowymi zawierającymi makro- i mikroelementy;
- leczenie towarzyszących ciąży schorzeń jak anemia, infekcje dróg moczowych czy dróg rodnych ze względu na to, iż infekcje w 40% są odpowiedzialne za wystąpienie porodu przedwczesnego.

## Opieka zdrowotna w okresie postnatalnym

### **Okres noworodkowy (pierwsze 4 tygodnie życia) i niemowlęcy (2.–12. miesiąca życia):**

- ocena stanu ogólnego noworodka bezpośrednio po porodzie (skala Apgar);
- ocena ogólnego rozwoju (pomiar masy ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej oraz długości ciemieniowo-siedzeniowej);
- badanie obecności jąder w mosznie u chłopców;
- badanie w kierunku wykrycia dysplazji stawów biodrowych;
- zabieg Credego – zapobiegający zakażeniom dwoinką rzeżączki oka;
- testy przesiewowe w kierunku chorób metabolicznych: fenyloketonurii i hypotyreozy (po skończonej 3. dobie życia dziecka);
- karmienie piersią (do 6. miesiąca życia tylko pokarm matki) zalecane do końca pierwszego roku życia dziecka;
- szczepienia ochronne (wg aktualnego kalendarza szczepień);
- badania w kierunku zaburzeń słuchu;
- wizyty patronażowe w domu danego dziecka;
- powszechne, profilaktyczne badania lekarskie (wywiad dotyczący warunków pielęgnowania i ogólnego stanu zdrowia dziecka, ocena rozwoju fizycznego, ruchowego i psychicznego dziecka, ocena stanu odżywienia na podstawie pomiarów antropometrycznych, poszerzona o badanie krwi w kierunku niedokrwistości – dzieci z porodów przed 36. tygodniem ciąży lub z niską wagą urodzeniową);
- profilaktyka przeciwrzywcza (pobyt dziecka na powietrzu oraz podawanie dziecku regularnie od 3. tygodnia do 1,5. roku życia witaminy D).

### **Okres poniemowlęcy (1.–3. rok życia):**

- powszechne, profilaktyczne badania lekarskie (ocena rozwoju fizycznego, ruchowego i psychicznego, badania przesiewowe w kierunku wykrycia zez, zaburzeń narządu słuchu i zaburzeń psychoruchowych);
- szczepienia ochronne (wg aktualnego kalendarza szczepień);
- prawidłowe odżywianie;
- dbałość o higienę ciała i otoczenia dziecka.

### **Okres przedszkolny (4.–6. rok życia):**

- powszechne, profilaktyczne badania lekarskie:
- u dzieci 4-letnich obejmują: badanie rozwoju fizycznego i psychomotorycznego, badanie przesiewowe w kierunku zaburzeń rozwoju fizycznego, nieprawidłowej ostrości wzroku, zez, zaburzeń słuchu i statycznych zniekształceń kończyn dolnych,
- u dzieci 6-letnich badanie przesiewowe dotyczy również objawów bocznego skrzywienia kręgosłupa, dzieci otrzymują orzeczenie w sprawie zdrowotnej gotowości szkolnej i kwalifikacji do wychowania fizycznego;
- wyrabianie u dzieci postaw prozdrowotnych w zakresie nawyków żywieniowych, dbałości o higienę ciała (mycie rąk i zębów) i otoczenia;
- profilaktyka urazów i wypadków;
- prawidłowe odżywianie;
- szczepienia ochronne (wg aktualnego kalendarza szczepień);

- profilaktyka przeciwpróchnicza (częste czyszczenie zębów, uzupełnianie związków fluoru – stosując pasty, płyny do płukania z fluorem, lakowanie bruzd zębów trzonowych, leczenie próchnicy);
- dbałość o higienę ciała i otoczenia dziecka.

**Okres szkolny (7.–15. rok życia) i młodzieńczy (16.–18. rok życia):**

- powszechne, profilaktyczne badania lekarskie (w wieku: 10, 14, 18 lat) w celu uzyskania indywidualnej oceny stanu rozwoju i zdrowia ucznia oraz kwalifikacji do zajęć wychowania fizycznego i sportu; w wieku 14 lat – o wskazaniach do dalszego kształcenia i nauki zawodu; 18 lat – o zdolności do podjęcia pracy;
- profilaktyczne badania stomatologiczne;
- profilaktyka próchnicy (j.w.);
- profilaktyka ortodoncyjna;
- kształtowanie postaw i zachowań prozdrowotnych (profilaktyka uzależnień);
- profilaktyka urazów i wypadków;
- wdrażanie zasad prawidłowego odżywiania;
- dbałość o higienę osobistą i otoczenia;
- szczepienia ochronne (wg aktualnego kalendarza szczepień);
- profilaktyka uzależnień;
- edukacja seksualna;
- prawidłowy poziom aktywności ruchowej (systematyczne, zorganizowane zajęcia ruchowe);
- edukacja ekologiczno-środowiskowa.

**Okres dorosłości (19.–59. rok życia):**

- zalecane testy przesiewowe w kierunku wczesnego wykrycia najczęstszych nowotworów złośliwych:
  - samobadanie piersi co miesiąc od 20. roku życia,
  - samobadanie piersi co miesiąc i badanie palpacyjne przez lekarza co 1–2 lat od 30.–40. roku życia,
  - jak wyżej, plus mammografia co rok/2 lata od 40. roku życia (rak piersi),
  - badanie cytologiczne od 18. roku życia co 1 rok (rak szyjki macicy),
  - badanie stężenia PSA (antygen sterczowy w surowicy) wraz z badaniem przez odbyty od 50. roku życia, u mężczyzn z grup wysokiego ryzyka zachorowania od 40. roku życia (rak gruczołu krokowego),
  - badanie przez odbyty i badanie na krew utajoną w kale od 50. roku życia, osoby z grupy ryzyka od 40. roku życia (rak jelita grubego);
- przestrzeganie zasad prawidłowego odżywiania;
- dbałość o aktywność ruchową;
- higieniczne relacje pracy i wypoczynku;
- profilaktyka uzależnień/walka z nałogami;
- dbałość o higienę osobistą;
- dbałość o utrzymanie prawidłowego stanu odżywienia organizmu;
- umiejętność radzenia sobie ze stresem.

**Okres starości (60 lat i więcej):**

- prawidłowe odżywianie;
- dbałość o utrzymanie prawidłowego stanu odżywienia organizmu;
- utrzymywanie aktywności ruchowej (systematyczne ćwiczenia fizyczne);
- organizacja czynnego wypoczynku;
- unikanie nałogów (palenie tytoniu, picie alkoholu, nadużywanie leków);
- odnajdywanie zainteresowań pozazawodowych (organizacja czasu wolnego);
- okresowe badania profilaktyczne (ocena stanu zdrowia, sprawności psychofizycznej, warunków środowiskowych i socjalnych).

**Piśmiennictwo**

- Bręborowicz G.H. (red.), *Ciąża wysokiego ryzyka*, Ośrodek Wydawnictw Naukowych, Poznań 2006.
- Bręborowicz G.H. (red.), *Położnictwo i ginekologia*, Tom I, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
- Bręborowicz G.H. (red.), *Położnictwo i ginekologia*, Tom II, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
- Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.: *Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku*, Uniwersyteckie Wydawnictwo VESALIUS, Warszawa–Kraków 2001.
- Czupryna A., Paździoch S., Ryś S., Włodarczyk W.C. (red.), *Zdrowie publiczne*, Tom I, Uniwersyteckie Wydawnictwo VESALIUS, Kraków 2000.
- Czupryna A., Paździoch S., Ryś S., Włodarczyk W.C. (red.), *Zdrowie publiczne*, Tom II, Uniwersyteckie Wydawnictwo VESALIUS, Kraków 2001.
- Gozdek N., *Problemy zdrowia w wybranych relacjach*, Auxilium sp. z o.o., Warszawa 1994.
- Jelthon Z. (red.), *Medycyna zapobiegawcza i środowiskowa*, PZWL, Warszawa 1997.
- Kulik T.B., Latański M., *Zdrowie publiczne*, Wyd. CZELEJ, Lublin 2002.
- Karski J.B., *Postępy promocji zdrowia. Przegląd międzynarodowy*, CeDeWu, Warszawa 2007.
- Karski J.B., *Praktyka i teoria promocji zdrowia*, CeDeWu, Warszawa 2007.
- Marcinkowski J.T. (red.), *Podstawy higieny*, Volumed, Wrocław 1997.
- Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny Narodowego Programu Zdrowia: *Narodowy Program Zdrowia 1996–2005*. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa 1996.
- Tobiasz-Adamczyk B., *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Kraków 2000.